



ProYouth Staff use only

Date received: _____

Start Date: _____

Info matches School Database:

Student ID: _____

2024/2025 Acuerdo de Programa de Aprendizaje Ampliado ProYouth

Nombre Completo Legal del Estudiante: _____ Grado de 2024/25: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Escuela: _____ Número de identificación de la escuela: _____

Estudiantes de 18 años o mayores pueden completar esta solicitud por sí mismos.

Género: _____ Etnicidad/Raza: _____ Lenguaje Primario: _____ ¿Es elegible para recibir comidas gratis o precio reducido? (circule uno) Si / No

Dirección de estudiante: _____ Ciudad: _____ Código: _____

Padre/Guardián: _____ Relación: _____ Padre/Guardián: _____ Relación: _____

De Teléfono: (____) _____ - _____ Autorización de liberación (circule uno) Si / No # De Teléfono: (____) _____ - _____ Autorización de liberación (circule uno) Si / No

Correo electrónico _____ Correo electrónico _____

¿Copias de cualquier acuerdo de custodia, órdenes judiciales y órdenes de restricción relacionadas con el estudiante? (circule uno) Si / No

Padre/Guardián debe mantener a la escuela y ProYouth informados con los documentos legales.

Contactos de Emergencia:

Nombre _____ Teléfono: (____) _____ - _____ Relación: _____

Nombre _____ Teléfono: (____) _____ - _____ Relación: _____

Inscripción: La inscripción está abierta todo el año. Este formulario de inscripción es necesario para asistir a los servicios proporcionados por ProYouth. El completar este formulario de inscripción le permitirá a su estudiante participar en todos los Programas ProYouth durante el tiempo que esté inscrito en la escuela.

Contactos de Emergencia: Como parte de la forma de registro, ProYouth requiere que el padre/guardián complete la sección Información de Emergencia. Por favor, recuerde que es la responsabilidad del padre/guardián notificar al programa de cualquier cambio de información. En el caso de una emergencia el personal de ProYouth intentará comunicarse con el padre/guardián o los designados para recoger a los estudiantes.

Disciplina: La participación en el programa de Aprendizaje Ampliado de ProYouth es un privilegio. Comportamiento disruptivo, o falta de respeto hacia otros estudiantes o personal de ProYouth, o comportamiento que pone en peligro la seguridad de los demás pueden resultar en que su estudiante sea despedido del programa. Animamos a los padres/guardianes a conversar con el director/directora del sitio en cuanto a las preocupaciones sobre el comportamiento del estudiante.

Póliza Acerca de la Responsabilidad: ProYouth no es responsable por el pago de los gastos realizados como consecuencia de cualquier lastimadura. ProYouth no es responsable por objetos personales que pueden ser dañados o perdidos o por el costo de reemplazar los objetos. Cuando sea requerido por la ley, ProYouth debe proporcionar la información que usted nos ha proporcionado a las agencias de la ley.

Consentimiento para que el distrito escolar comparta los registros de los estudiantes con ProYouth: de acuerdo con la sección 49075 del Código de Educación, yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento al Distrito de Escuelas Secundarias de Tulare Joint Union y Visalia para divulgar los registros de mis estudiantes de la siguiente manera:

- Al Director del Sitio ProYouth y al Director de Cumplimiento Normativo: nombre completo del estudiante, padre / tutor legal e información de contacto de emergencia, número de identificación del estudiante del distrito, fecha de nacimiento, nivel de grado, calificaciones académicas, información de asistencia.
- Al Director de Cumplimiento Normativo de ProYouth: número de identificación de estudiante de CalPADS en todo el estado, género, etnia, raza (s) del estudiante, estado de educación especial (solo se proporcionará información sobre la discapacidad del estudiante), estado de estudiante de inglés.

Además, doy mi consentimiento para que los Programas ProYouth compartan la información de registro de estudiante mencionada anteriormente con ProYouth, según ra cumplir con los requisitos de las subvenciones otorgadas a ProYouth. Esta autorización será efectiva de inmediato y permanecerá vigente por el resto del año escolar actual.

Transportación: (Circule una o todas que apliquen): **Caminador** **Recogido** **Autobús** **Manejar**

Los estudiantes que manejan deben tener una licencia de conducir válida y un seguro actual.

Permiso para fotografiar: En ocasiones, las actividades del Programa ProYouth pueden ser fotografiados, grabados en vídeo, y/o audio grabados con fines educativos, publicitarios, o para recaudación de fondos. Por favor, indique si se le da permiso para que su estudiante y/o que usted comparezca en videos o grabaciones de audio sin compensación (por ejemplo, como parte de folletos o páginas web del programa).

____ **Si**, doy permiso _____ **No**, no doy permiso

Acuerdo de computadora y póliza de internet: Entiendo que a mi estudiante se le puede proporcionar acceso a los recursos tecnológicos provistos por el Programa ProYouth y tener acceso supervisado a Internet. Permiso que ProYouth publique los proyectos o trabajos generados por mi estudiante. Seré responsable financieramente por cualquier daño a los recursos tecnológicos causados por el estudiante mencionado anteriormente. Cualquier mal uso de los recursos tecnológicos por parte del estudiante designado resultará en el retiro inmediato de todos y cada uno de los privilegios de acceso y puede resultar en otra acción disciplinaria.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.



proyouth

RENUNCIA Y LIBERACION DE PARTICIPACION

ProYouth solicita la siguiente información con el fin de estar en conformidad con las regulaciones de seguros.

_____ tiene mi permiso para participar en el programa ProYouth y todas las actividades patrocinadas por ProYouth, incluyendo todas las actividades de educación física y deportes que pueden ser ofrecidos como un componente de ProYouth. Entiendo y reconozco que la participación en deportes y actividades físicas educativas plantea riesgos para mi estudiante, incluyendo el riesgo de torceduras, esguinces, fracturas de huesos y lesiones graves o la muerte.

Por la presente certifico que el menor es mi estudiante y que su fecha de nacimiento es _____, y yo por la presente certifico que, según mi leal saber y entender, tal menor se encuentra en buen estado de salud. En el caso de que yo u otro padre/guardián no puedan ser localizados en emergencia, doy permiso al personal para asegurar el tratamiento adecuado para mi estudiante. Por el presente consentimiento para cualquier rayo X, examen, anestesia, diagnóstico, tratamiento y la atención hospitalaria médica, quirúrgica o dental se consideran necesarios en el mejor juicio del médico tratante, cirujano, dentista y realizados por o bajo la supervisión del médico el personal médico del hospital o instalación o equipamiento de servicios dentales. Se entiende además que el firmante asumirá la plena responsabilidad de cualquier acción, incluyendo el pago de los costos.

Yo, como del padre/guardián del menor, por la presente, a mí mismo, mis herederos, ejecutores y administradores, la liberación y siempre descargo y mantener indemne al programa ProYouth y todos los funcionarios, directores, empleados, agentes y voluntarios de la organización, actuando oficialmente o no, de cualquier y todos los reclamos, demandas, acciones o causas de acción que, de alguna manera, surgen de la participación del menor y/o participaciones en mis actividades.

INFORMACION MEDICA

Por la presente aconsejo que el menor nombrado arriba tiene las siguientes alergias, reacciones a medicamentos o condiciones físicas inusuales que deben ser dados a conocer a médico. Reconozco que solo el personal de la escuela, y no el personal de ProYouth, puede administrar medicamentos a mi hijo/hija.

¿Cualquier alergia conocida? _____
¿Cualquier medicamento requerido? _____
¿Cualquier otra preocupación por la cual debe ser informado el programa? _____

¿Tiene el estudiante que se está inscribiendo en el programa alguna necesidad especial o algún Plan Individual de Educación? (Por favor proporcione cualquier información que del programa debería saber) _____

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Este formulario autoriza a ProYouth a recibir y usar la información de salud identificable individualmente de su estudiante, como se establece a continuación, consistente con las leyes federales (incluyendo HIPAA) concernientes a la privacidad de dicha información. Esta información nos permitirá apoyar las necesidades de su estudiante. Por favor complete.

Nombre del Estudiante/Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo al distrito escolar marcado abajo para compartir información de salud del historial médico del estudiante mencionado anteriormente con ProYouth. Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a los ProYouth a compartir información de salud del récord del estudiante mencionado con el distrito escolar marcado abajo.

_____ Visalia Unified School District, 5000 W. Cypress Ave., Visalia, CA 93277
_____ Tulare Joint Union High School District, 426 N. Blackstone, Tulare, CA 93274

La información solicitada se limitará a la siguiente información de salud mínima necesaria.

DURACION: Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y permanecerá vigente hasta el 30 de junio del 2025. Cualquier cambio en esta forma de liberación debe ser enviado por escritor al director del sitio de ProYouth.

Para información adicional, comuníquese con la oficina administrativa de ProYouth:
2009 W Feemster Avenue, Visalia, CA 93277 Oficina: 559-374-2030 el Fax: 559-741-4886

Para preguntas adicionales comuníquese con el Gerente del Programa de Área Nathan Ortiz al 559-967-4791

Entiendo que se tomarán medidas razonables para salvaguardar la salud y la seguridad de todos los participantes involucrados en todas las actividades del programa de aprendizaje ampliado después del horario escolar. Seré notificado tan pronto como sea posible en caso de una emergencia. En caso de que no pueda contactarme en una emergencia, por la presente autorizo el transporte a un centro médico a mi costa para proporcionar cualquier tratamiento médico de emergencia que sea necesario. Entiendo que el Distrito Escolar y el Programa ProYouth no tienen seguro médico o dental para niños lesionados en las instalaciones de la escuela o en actividades relacionadas con ProYouth.

Reconozco que he leído atentamente este documento en su totalidad y entiendo la información aquí contenida. Una copia estará disponible para mí a mi pedido.

Verifico que la información contenida en este formulario de registro es completa y precisa. Al firmar a continuación, autorizo y doy mi consentimiento para que mi estudiante participe en el Programa de Aprendizaje Ampliado de ProYouth. He leído y entiendo las condiciones de la participación de mi estudiante según se describe en la Exención y Liberación de Participación en este documento. Estoy de acuerdo con cada uno de los términos y reconocimientos aquí y permito que mi estudiante participe en el Programa ProYouth y en todas las actividades patrocinadas.

Patrocinadas Fecha: _____ Nombre de Padre (Escrito): _____ Firma: _____

